



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/514 - Importancia del juicio clínico

E. Caride Miana<sup>a</sup> y A. Pampliega Pérez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Foietes Benidorm. Hospital Marina Baixa. Alicante. <sup>b</sup>Médico Adjunto de Neurología. Hospital Marina Baixa. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 48 años de edad sin antecedentes médicos de interés que acude al servicio de urgencias hospitalarias por presentar un cuadro de cefalea frontal derecha de instauración súbita asociado a vómitos sin náuseas, con imposibilidad para la conciliación del sueño y que no ha cedido con la toma de analgésicos habituales. No traumatismos craneales. No fiebre. Niega episodios previos de cefaleas. No otra sintomatología en la entrevista clínica dirigida por aparatos y sistemas.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 210/110. Apirética. Eupneica en reposo. Exploración neurológica: consciente, orientada en las tres esferas. Lenguaje conservado. Pupilas anisocóricas con pupila derecha arreactiva y midriásica. Discreta ptosis palpebral. No meningismo. No soplos carotídeos. Parálisis del III par con resto de pares craneales normales. No focalidad motora. Reflejo cutáneo plantar bilateral flexor. Romberg negativo. Exploración de la marcha normal. En Servicio de Urgencias Hospitalarias: analítica sanguínea: sin alteraciones. RX tórax: normal. ECG: normal. TAC craneal: sin hallazgos significativos. En Servicio de Neurología: angioTAC: aneurisma a nivel posterior del origen de la arteria comunicante posterior derecha. En el Hospital de Referencia: TAC craneal: hemorragia subaracnoidea en cisterna perimesencefálica y surcos corticales de predominio derecho y cisura interhemisférica, así como componente hemorrágico intraventricular en asta occipital derecha. Se revisan estudios previos, poniéndose de manifiesto la existencia de hemorragia subaracnoidea previa en el angio-TAC realizado en hospital de origen.

**Juicio clínico:** Parálisis del III par.

**Diagnóstico diferencial:** Tumores de la región selar (adenomas, meningiomas, craneofaringiomas, plasmocitomas, linfomas, metástasis). Aneurismas intracavernosos. Fístulas carótido-cavernosas. Trombosis o tromboflebitis del seno cavernoso. Traumatismos (hemorragias intracraneales). Ictus isquémico. Infecciones.

**Comentario final:** A pesar de que inicialmente el TAC craneal de la paciente era normal, dada la acusada clínica y la alta sospecha diagnóstica se decidió ingresar a la paciente para continuación del estudio. Una vez ingresada se le realizó un angioTAC que puso de manifiesto la existencia de un aneurisma a nivel de la arteria comunicante posterior. Motivo por el que se realizó un traslado de urgencia al Hospital de referencia para la realización de embolización del aneurisma intracraneal. El procedimiento fue realizado con éxito, observándose posteriormente la existencia de hemorragia subaracnoidea que la paciente ya había comenzado a presentar previa intervención. Este caso, pone de manifiesto que a pesar de que el médico de urgencias debe

apoyarse en las pruebas complementarias, nunca debe menospreciar su juicio diagnóstico y debe enfatizarlo en base a la clínica del paciente para no pasar por alto situaciones de urgencia vital.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cianfoni A, Pravatà E, De Blasi R, Tschuor CS, Bonaldi G. Clinical presentation of cerebral aneurysms. *Eur J Radiol*. 2013;82(10):1618-22.
2. Serinken M, Turkcuer I, Karcioğlu O, Kocyigit A. A woman with headache and ptosis. *J Emerg Med*. 2012;43(6):e483-4.
3. Szabo B, Szabo I, Ciurea AV. Paralysis of the oculomotor nerve caused by aneurysm--general facts and a case report. *Oftalmologia*. 2011;55(2):92-7.
4. Woodruff MM, Edlow JA. Evaluation of third nerve palsy in the emergency department. *J Emerg Med*. 2008;35(3):239-46.